

Е.И. Саливончик

**ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ
ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Глава 2. ОСОБЕННОСТИ
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО И
СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА НА
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: НА ЧТО
ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ У
КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА**

Гомель, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. Этиологическое лечение острого риносинусита с позиции коморбидности.....	6
1.1 Этиологическое противовирусное лечение.....	7
1.2 Этиологическое антибактериальное лечение.....	8
2. Патогенетическое и симптоматическое лечение.....	10
2.1 Дезинтоксикационная терапия.....	10
2.2 Купирование лихорадки.....	11
2.3 Назальные деконгестанты.....	11
2.4 Ирригационная терапия.....	12
2.5 Муколитики.....	12
2.6 Антигистаминные препараты.....	14
2.7 Интраназальные глюкокортикоиды.....	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	16
ЛИТЕРАТУРА.....	16

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБТ	– антибактериальная терапия
АГП	– антигистаминные препараты
АПФ ₂	– ангиотензинпревращающий фермент II типа
БА	– бронхиальная астма
БАК	– биохимический анализ крови
БГСА	– β – гемолитический стрептококк группы А
ВАШ	– визуально-аналоговая шкала
ВДП	– верхние дыхательные пути
ГЭБ	– гематоэнцефалический барьер
ГКС	– глюкокортикостероиды
ИИ	– индукторы интерферона
ИнГК	– интраназальные глюкокортикоиды
ИФН	– интерферон
ИФН α 2b	– рекомбинантный интерферон альфа 2b
КЖ	– качество жизни
ЛП	– лекарственный препарат
МНО	– международное нормализованное отношение
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НМ	– небная миндалина
ОАК	– общий анализ крови
ОБРС	– острый бактериальный риносинусит
ОНП	– околоносовая пазуха
ОРИ	– острая респираторная инфекция
ОРВИ	– острая респираторная вирусная инфекция
ОРС	– острый риносинусит
ОТФ	– острый тонзиллофарингит

ОФ	– острый фарингит
ПТА	– паратонзиллярный абсцесс
ПТ	– паратонзиллит
СД	– сахарный диабет
СЗ	– сопряженные заболевания
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СРБ	– С-реактивный белок
ТАФ	– токсико-аллергическая форма
ТСП ₂	– клеточная трансмембранная сериновая протеаза типа 2
ТЭ	– тонзиллэктомия
ХБП	– хроническая болезнь почек
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь почек
ХДТ	– хронический декомпенсированный тонзиллит
ХТ	– хронический тонзиллит
ЦНС	– центральная нервная система
ЧА	– частые ангины
IL-1	– интерлейкин 1
IL-6	– интерлейкин 6
TNF α	– фактор некроза опухоли α

ВВЕДЕНИЕ

Лечение коморбидного пациента является актуальной проблемой здравоохранения, которая обусловлена как экономическими затратами на их ведение, высокой инвалидизацией и смертностью, так и сложностями диагностики и лечения [1].

Коморбидный пациент – пациент, имеющий два и более хронических заболевания, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них.

Число коморбидных заболеваний у пациента существенно повышается с возрастом. Так, если до 19 лет коморбидные заболевания встречаются лишь у 10 % пациентов, то в возрасте старше 80 лет они отмечаются практически у 80 % из них [1-3].

Наиболее распространенными и социально значимыми являются: артериальная гипертензия – 80,0% в структуре коморбидности, ишемическая болезнь сердца – 78,8%, болезни органов дыхания – 80,0%, болезни мочевыделительной системы – 78,0%, цереброваскулярные заболевания – 69,0% и др.[3]. Также необходимо учитывать наличие сахарного диабета (СД) и хронической болезни почек (ХБП), так как они во многом определяют риск сердечно-сосудистых осложнений и выбор медикаментозной терапии [1, 3].

Диагностика и лечение у коморбидных пациентов затруднены в связи со стертым течением заболевания, наличием нескольких одновременно протекающих коморбидных заболеваний, приемом большого числа разноплановых лекарственных средств, взаимодействующих между собой и повышающих риск развития нежелательных реакций, низкой мотивированностью и комплаентностью к лечению. Учитывая вышеперечисленные факторы, коморбидный пациент отнесен в группу риска развития осложненного течения ОРВИ [1, 4, 5].

Во всем мире ежегодно регистрируется значительный прирост смертности в период сезонного увеличения заболеваемости ОРВИ. Выделяют как острую токсическую смертность в первые дни заболевания (период ОРВИ), так и смертность от бактериальных осложнений в течение 2-3 недель, а также отсроченную смертность, связанную с обострениями и осложнениями сопутствующей коморбидной патологии [1, 5, 6].

ОРС является одним из самых распространенных заболеваний верхних дыхательных путей при ОРВИ. Так, при ОРВИ патологические изменения в ОНП по данным компьютерной томографии и магниторезонансной томографии развиваются в 95% случаев и могут длиться до 12 недель [7].

ОРС у коморбидного пациента характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, которое усугубляется наличием

той или иной сопутствующей патологии. ОРС может протекать сложнее и требовать более тщательного подхода к лечению из-за взаимодействия с коморбидными заболеваниями. У коморбидных пациентов клинические симптомы ОРС могут проявляться сильнее и дольше, а могут быть и стертыми. Коморбидные заболевания являются фактором риска для развития осложненных форм ОБРС. ОРС у коморбидных пациентов, может приводить как к орбитальным, так и внутричерепным осложнениям [8-11]. В общей популяции таковые встречаются редко, но они потенциально серьезны для жизни. Так, в согласительном документе EPOS 2020 приведен показатель 3 случая на 1 млн. населения в год [7, 12, 13]. Однако летальность среди этих пациентов остается высокой – от 5 до 40% [11, 14].

Наличие осложненного течения ОРС у коморбидного пациента на сегодняшний день остается вопросом, недостаточно освещенным в современной литературе [12].

Кроме своевременной диагностики ОРС у коморбидного пациента, важно учитывать и лечить сопутствующие заболевания, которые во многом определяют общее состояние здоровья пациента и возможности проведения активной фармакотерапии. Также необходимо учитывать взаимодействие применяемых лекарственных средств и возможные их побочные эффекты, особенно при наличии нескольких хронических заболеваний. Лечение должно быть адаптировано к конкретному пациенту, учитывая его общее состояние, тяжесть течения ОРС и наличие сопутствующих заболеваний. Важен динамический мониторинг течения ОРС и общего состояния коморбидного пациента с целью своевременной корректировки лечения.

Таким образом, веяние времени требует современных индивидуальных подходов к лечению ОРС у коморбидного пациента с учетом этиологии, патогенеза и симптомов заболевания, а также наличия той или иной коморбидной патологии с целью лечения и профилактики осложнений, связанных как с основным заболеванием, так и коморбидной патологией.

1. Этиологическое лечение ОРС с позиции коморбидности

Выделяют вирусный ОРС с длительность симптомов до 10 дней, поствирусный ОРС, для которого характерно усиление симптомов заболевания после 5-го дня или сохранение симптомов более 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель, и лишь у небольшого процента пациентов поствирусный ОРС имеет бактериальную природу (ОБРС). На долю последнего приходится 0,5–2% случаев, тогда как заболеваемость ОРС вирусной этиологии очень велика [7, 15, 16].

С позиции коморбидности следует дифференцировать бактериальную инфекцию от вирусной, а среди ОРВИ – новую коронавирусную инфекцию

COVID-19, грипп и другие респираторные вирусные инфекции, которые могут иметь одинаковое клиническое течение, однако подход в выборе рационального лечения при них будет совершенно разным. В зависимости от инфекционного агента (вирусного или бактериального), вызывающего ОРВИ, в том числе и ОРС, зависит лечение пациента, в первую очередь этиологическое.

Сегодня врачу общей практики, врачу терапевту и оториноларингологу предоставлен простой инструмент – клинический протокол к действию с целью выбора обоснованного адекватного лечения, соответствующего современным требованиям [15, 17, 18].

1.1 Этиологическое противовирусное лечение

Вирусный ОРС – воспалительный процесс в полости носа и ОНП, инициированный одним из респираторных вирусов, без характерных для бактериального воспаления изменений в ОАК и БАК (повышение выше референтных значений СОЭ и СРБ). В большинстве случаев вирусный ОРС протекает в рамках острой респираторной вирусной инфекции и является одним из ее проявлений [15].

При коморбидной патологии особое значение имеет раннее назначение противовирусной терапии [5].

Следует отметить, что только при гриппе А и В существует этиологическое противовирусное лечение препаратом Озельтамивир [17, 19].

Противовирусное лечение при гриппе необходимо назначать как можно раньше. Максимальный эффект от противовирусной терапии отмечается в случаях, когда лечение было начато в первые 48 ч от начала заболевания, без ожидания лабораторного подтверждения диагноза. Своевременное начало противовирусного этиологического лечения препаратами прямого действия позволяет достичь укорочения периода лихорадки, интоксикации, быстрого купирования клинических симптомов, что позволяет снизить риски развития осложнений [1, 19-24].

В случае развития осложнений гриппа, при тяжелом и затяжном течении его нередко сохраняется активность вирусов, что требует назначения противовирусной терапии и на более поздних сроках заболевания [5].

Однако, Озельтамивир рекомендовано с осторожностью применять у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, хроническими заболеваниями легких, у пациентов почечной и печеночной недостаточностью. Также Озельтамивир может вызывать обострение бронхиальной астмы и оказывать влияние на гликемический профиль пациента [1].

Известны серьезные нежелательные реакции, возникающие при взаимодействии Озельтамивира с препаратами других групп.

Так, сочетание Озельтамивира и Соталола приводит к удлинению интервала QT, что требует дополнительного контроля ЭКГ и при необходимости своевременной коррекции нарушений ритма. Прием Озельтамивира на фоне постоянного применения непрямых антикоагулянтов (Варфарин) повышает риск кровотечений, что требует дополнительного контроля показателя международного нормализованного отношения (МНО) с последующей возможной коррекцией дозы Варфарина [5].

При других ОРВИ, в том числе и при новой коронавирусной инфекции COVID-19, эффективная этиотропная терапия в виде препаратов прямого противовирусного действия отсутствует [1].

Назначение препаратов, не обладающих прямым противовирусным действием, у коморбидных пациентов при ОРВИ должно быть ограничено. Это связано с отсутствием должной доказательной базы, указывающей как на клиническую эффективность лекарственных препаратов при ОРВИ, так и на клиническую безопасность данных препаратов у коморбидного пациента в связи с той или иной сопутствующей патологией внутренних органов или полипрагмазией, обусловленной приемом одновременно нескольких лекарственных средств [1].

1.2 Этиологическое антибактериальное лечение

Антибактериальные препараты назначаются в случае имеющей место бактериальной инфекции либо бактериальных осложнений вирусной.

Критериями диагностики ОБРС являются (при наличии 3 и более симптомов): продолжительность заболевания более 7–10 дней или усиление симптомов после видимого улучшения; интенсивность симптомов (боли в проекции ОНП и в зубах верхней челюсти) >7 баллов по ВАШ; гнойные выделения в полости носа при передней риноскопии, повышение уровней СОЭ и СРБ; температура тела >38°C [15].

Учитывая особенности клинического течения ОРС у пациента с коморбидной патологией (СД, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), тяжелое, неконтролируемое течение бронхиальной астмы, иммунодефицитные, аутоиммунные и гематологические заболевания, состояние после химиолучевой терапии и др.), ОАК и БАК выполняются на ранних этапах заболевания и требуют мониторинга лейкоцитоза и повышенного уровня СОЭ в ОАК, повышенного уровня СРБ в БАК как критериев бактериального ОРС [15].

Среднетяжелый и тяжелый ОБРС у пациентов старше 60 лет, для которых, как правило, характерен высокий процент коморбидности, а также наличие сопутствующих заболеваний, способствующих прогрессированию

воспалительных процессов являются медицинскими показаниями к системной антибиотикотерапии (АБТ) при ОРС [15].

Рациональный выбор антибактериальной терапии невозможен без современных знаний об этиологической структуре инфекций и антибиотикорезистентности возбудителей, которые могут различаться в конкретных клинических ситуациях. В большинстве случаев острых внебольничных инфекций этиология этих заболеваний вполне предсказуема и включает ограниченный перечень потенциальных возбудителей. Так, основными возбудителями ОРС, возникшего на фоне ОРИ, являются: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*, β -hemStreptococci (не A), *M. catarrhalis* [19].

Возраст пациентов старше 60 лет, наличие коморбидной патологии, способствующей прогрессированию воспалительных процессов, прием антибактериальной системной терапии первого ряда в предыдущие 3 месяца, нахождение на лечении в стационарных условиях по любому заболеванию в предшествующие 3 месяца, нахождение в хосписе или социальном пансионате являются факторами риска развития осложнений ОРС и требует начала АБТ (стартовой терапии) с назначения антибактериальных ЛП второго ряда – амоксициллин/клавулановая кислота либо пероральные цефалоспорины II-III поколения [15].

В случае неэффективности применения бета-лактамов антибактериальных ЛП через 72 часа после первого приема, предшествующем приеме антибактериальных ЛП первого и второго ряда в сроки до 3 месяцев показано назначение респираторных фторхинолонов [15, 19].

В случае непереносимости антибактериальных ЛП пенициллинового ряда, наличия в анамнезе анафилактических реакций на бета-лактамы антибиотики или подтвержденной аллергии на цефалоспорины II-III поколений назначаются антибиотики группы макролидов [15, 19].

Макролидные антибиотики, кроме антибактериального (бактериостатического) эффекта, обладают противовоспалительным, иммуномодулирующим, мукорегулирующим действием. Однако, следует помнить о возможной резистентности к 14- и 15-членным макролидам [19].

Вышеуказанная АБТ имеет доказанную клиническую эффективность с учетом течения ОРС [15].

Однако необходимо иметь в виду, что наиболее безопасными для коморбидного пациента являются защищенные β -лактамы препараты [5].

Следует обратить внимание на некоторые нежелательные реакции, развивающиеся у коморбидного пациента при проведении системной АБТ.

Так, прием цефалоспоринов II-III поколения характеризуется повышением риска кровотечений, в особенности у пациентов, принимающих

непрямые антикоагулянты (Варфарин), что требует мониторинга показателей гемостазиограммы (МНО) [5].

Макролиды обладают кардиотоксическим эффектом, который проявляется удлинением интервала QT. Применение их у коморбидных пациентов с сердечно-сосудистой патологией возможно с осторожностью в связи с повышением риска развития острого инфаркта миокарда, аритмий и внезапной сердечной смерти. Рекомендуется применение с мониторингом уровня калия в крови и контролем ЭКГ. В сочетании с приемом статинов макролиды способствуют усилению гепатотоксичности лекарственных средств. При одновременном приеме макролидов с кальциевыми блокаторами высок риск развития жизнеугрожающих нежелательных реакций (нарушение сердечного ритма, развитие гипотензии и шока). Сочетание макролидов с тикагрелором приводит к выраженному увеличению периода полувыведения последнего, что приводит к повышению риска кровотечения [5]. Макролиды могут приводить к усилению антикоагулянтного действия Варфарина и повышать риск развития кровотечений при их одновременном применении [25].

Фторхинолоны также характеризуются развитием кардиотоксичности, которая наименее выражена у Левофлоксацина. При наличии показаний к применению фторхинолонов у коморбидных пациентов с сердечно-сосудистой патологией следует помнить о высоком риске развития жизнеугрожающих состояний [5, 26]. При применении фторхинолонов может возникать боль и отечность суставов, а также воспаление или разрыв сухожилий. Риск повышается у пациентов в возрасте старше 60 лет и у пациентов, перенесших трансплантацию органа, у пациентов с нарушениями функции почек или при одновременном приеме кортикостероидов [26].

Таким образом, АБТ у коморбидного пациента назначается с учетом всех индивидуальных особенностей пациента и клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата. При этом учитывается наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез [15].

2. Патогенетическое и симптоматическое лечение

Для большинства используемых для лечения ОРС лекарственных средств отмечены хорошая переносимость и отсутствие какого-либо взаимодействия с другими ЛП, применяемыми коморбидными пациентами на постоянной основе [5].

2.1 Дезинтоксикационная терапия

Дезинтоксикационная терапия проводится при любой острой респираторной инфекции. Однако, у коморбидного пациента дезинтоксикационная терапия должна быть строго индивидуализирована, с учетом особенностей каждого пациента и его сопутствующих заболеваний [27].

2.2 Купирование лихорадки

Жаропонижающие назначают при t тела $> 38,0-38,5$ °С. При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушениях ритма) жаропонижающие препараты используют и при более низких цифрах. Наиболее безопасным препаратом является Парацетамол [28].

Следует отметить, что Парацетамол с осторожностью применяют у пациентов с нарушениями функции печени и почек. При одновременном применении Парацетамола с антикоагулянтами возможно небольшое или умеренно выраженное повышение протромбинового времени. При одновременном приеме с антиаритмическими препаратами (Амиодарон), статинами, антикоагулянтами Парацетамол потенцирует их гепатотоксические эффекты [18, 27, 28].

2.3 Назальные деконгестанты

При ОРС для снятия отека, облегчения клинических симптомов и профилактики осложнений, связанных с нарушением аэрации ОНП назначаются назальные деконгестанты. Растворы ксилометазолина и оксиметазолина являются ЛП выбора в связи с длительным и щадящим действием на мерцательный эпителий слизистой оболочки полости носа [15].

Однако, применение назальных деконгестантов может вызвать системные эффекты, такие как пальпитацию, учащение пульса и повышение артериального давления, аритмии, а также бессонницу, утомляемость, головную боль, беспокойство, галлюцинации.

При передозировке назальными деконгестантами возможна как активация, так и торможение центральной нервной системы, а также развитие жизнеугрожающих состояний, сопровождающиеся дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью [29, 30].

Для предупреждения развития нежелательных реакций и тахифилаксии рекомендуется не превышать сроки лечения, а также использовать более низкие концентрации растворов в виде дозированного аэрозоля [31, 32].

Использование назальных деконгестантов возможно только после реальной оценки польза/риск при повышенном внутриглазном давлении,

коморбидной кардиоваскулярной патологии, гипертиреозе, сахарном диабете и др. [33].

2.4 Ирригационная терапия

При наличии отделяемого в полости носа для облегчения его эвакуации проводится ирригационная терапия: промывания (4–5 раз в день) полости носа официальными солевыми растворами [15].

Процедура способствует смыванию бактерий и вирусов, снижению концентрации инфекции, увлажнению слизистой, а также уменьшению отека слизистой и удалению слизи, что способствует восстановлению носового дыхания без деконгестантов. Также эффект от лечебного курса ирригационной терапии позволяет уменьшить дозы назальных деконгестантов [34].

В сочетании с фитотерапией ирригационная терапия позволяет сократить необходимость в назначении антибактериальных препаратов [32].

Важно отметить, что все контролируемые исследования эффективности ирригационной терапии при ОРС касались промывания полости носа большим объемом изотонического раствора (200–250 мл на одну процедуру) [7, 32].

Орошение аэрозолями на основе морской воды не имеет достаточной доказательной базы, однако оказывает увлажняющий эффект и улучшает функцию мерцательного эпителия, благодаря чему широко используется и может быть рекомендовано пожилым пациентам с коморбидной патологией в случае невозможности выполнения промывания носа большими объемами солевых растворов ввиду тяжести соматического состояния пациента [15, 35].

Ирригационная терапия является достаточно безопасной процедурой, но существует ряд противопоказаний, одним из которых является наличие рецидивирующих носовых кровотечений наиболее часто встречающихся у коморбидных пациентов с кардиоваскулярной патологией.

Таким образом, выполнение ирригационной терапии при ОРС у коморбидного пациента может улучшить носовое дыхание без развития системных нежелательных реакций нивелируя при этом дозы и сроки применения назальных деконгестантов.

2.5 Муколитики

При любой форме ОРС рекомендованы муколитические ЛП [15, 36].

Перед назначением муколитических ЛП необходимо ознакомиться с инструкцией по применению и указанными в ней зарегистрированными показаниями и противопоказаниями, а также возможными нежелательными реакциями.

Ярким представителем синтетических муколитиков является ацетилцистеин. Механизм его действия основан на разрыве дисульфидных связей кислых мукополисахаридов секрета, что способствует уменьшению

вязкости секрета. Ацетилцистеин оказывает муколитическое действие, увеличивает объем секрета, облегчает его отхождение за счет прямого воздействия на его реологические свойства. Ацетилцистеин оказывает быстрый муколитический эффект на любой вид секрета. Препарат также способствует разжижению гноя и тем самым повышает его эвакуацию из околоносовых пазух. Помимо прямого муколитического действия, ацетилцистеин обладает антиоксидантным, детоксикационным и противовоспалительным эффектами, что важно в лечении ОРС [37].

В настоящее время препараты ацетилцистеина доступны в виде различных лекарственных форм: местных назальных спреев и пероральных форм. Возможность выбора пути введения препарата делает их назначение удобным и для врача, и для пациента [37].

Однако, ацетилцистеин следует применять с осторожностью у пациентов с заболеваниями печени и почек. Особое внимание уделяется пациентам с бронхиальной астмой (БА) и обструктивным бронхитом при назначении ацетилцистеина. При этом требуется систематический контроль бронхиальной проходимости. В случае, если пациент не способен эффективно откашливаться, необходимо проводить дренаж или аспирацию секрета. Прием ацетилцистеина таким пациентам рекомендуется за 4 ч до сна, а не непосредственно перед сном. Одновременное применение ацетилцистеина с противокашлевыми средствами может усилить застой мокроты из-за подавления кашлевого рефлекса. При одновременном применении ацетилцистеина с антибиотиками (тетрациклином, ампициллином, амфотерицином В) возможно их взаимодействие с тиоловой группой ацетилцистеина. Одновременный прием ацетилцистеина и нитроглицерина может вызвать выраженное снижение артериального давления и головную боль [38].

Альтернативой синтетическим муколитикам являются муколитики природного происхождения, а именно фитопрепараты.

В EPOS 2020 фитопрепараты включены в алгоритм лечения вирусного и поствирусного, в том числе бактериального, ОРС [7].

Фитопрепараты в сочетании с ирригационной терапией и коротким курсом назальных деконгестантов без назначения системных и топических антибиотиков составляют основу лечения ОРС.

В документе EPOS 2020 среди системных фитопрепаратов, эффективность которых подтверждена в контролируемых исследованиях, для лечения вирусного и поствирусного ОРС упоминается комбинированный ЛП растительного происхождения (корень горечавки, цветки первоцвета и бузины, травы щавеля и вербены) [32].

Этот фитопрепарат способен уменьшать выраженность отека слизистой оболочки полости носа и облегчать эвакуацию секрета из ОНП, он повышает активность реснитчатого эпителия и ускоряет эвакуацию секрета из ОНП, предупреждая развитие осложнений, оказывает секретолитическое, секретомоторное, противовоспалительное, противовирусное и умеренное антибактериальное действие [32].

Эксперты сделали вывод, что комбинированный ЛП растительного происхождения (корень горечавки, цветки первоцвета и бузины, травы щавеля и вербены), оказывает значительное влияние на симптомы вирусного и поствирусного ОРС без серьезных нежелательных реакций [39].

Комбинированный ЛП растительного происхождения с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием с отсутствием противопоказаний и без значимых нежелательных реакций может рекомендоваться для лечения ОРС у коморбидного пациента как в качестве стартовой терапии, так и с целью ускорения разрешения симптомов заболевания.

2.6 Антигистаминные препараты

В первые три дня заболевания при ОРС рекомендован прием антигистаминных ЛП. У пациентов с сочетанной аллергической патологией курс лечения может быть продлен [15].

Выбирая АГП, важно оценить силу и скорость наступления эффекта при его использовании, возможность его длительного применения, соотношение польза/риск (эффективность/безопасность), удобство применения, возможность применения при коморбидной патологии в комбинации с другими препаратами, путь выведения [40, 41].

Одним из самых известных, клинически эффективных и безопасных является антигистаминный препарат II поколения, относящийся к производным хинуклидинов, Хифенадин («Фенкарол») [42, 43, 44, 45].

«Фенкарол» не только блокирует H1-гистаминовые рецепторы, но и уменьшает концентрацию гистамина в тканях, что связано с его способностью активировать диаминооксидазу – фермент, инактивирующий гистамин [42]. Также «Фенкарол» обладает умеренным антисеротониновым действием, проявляет слабую м-холиноблокирующую активность, не оказывает выраженного угнетающего влияния на ЦНС [42].

Благодаря уникальному механизму действия, «Фенкарол» может широко использоваться в лечении вирусного ОРС с первых дней заболевания. «Фенкарол» позволяет купировать выраженность таких симптомов, как чихание, отек тканей, водянистые выделения из носа, особенно у сенсibilизированных пациентов, что может уменьшить фармакологическую нагрузку на пациента и

свести к минимуму количество применяемых сосудосуживающих интраназальных средств [7, 27, 32, 45-47].

«Фенкарол» не обладает кардиотоксичностью, для которой характерно удлинение интервала QT, что позволяет назначать его пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это особенно важно в геронтологической практике, где препарат может выступать лекарственным средством выбора у пациентов с коморбидной патологией на фоне другого медикаментозного лечения [42, 45].

Таким образом, высокая эффективность и безопасность препарата, а также наличие уникального механизма действия позволяют рекомендовать «Фенкарол» для широкого клинического применения при аллергических заболеваниях, гистаминзависимых псевдоаллергических реакциях и других патологических состояниях у пожилых и коморбидных пациентов [27, 42, 45-47].

2.7 Интраназальные глюкокортикоиды

При поствирусном ОРС патогенетически обосновано применение интраназальных глюкокортикоидов (ИнГК) [15].

Биодоступность современных ИнГК (флутиказона и мометазона) существенно ниже, чем у всех остальных представителей данного класса препаратов, и составляет после приема однократной дозы ниже 1% [48].

ИнГК, будучи мощнейшими препаратами, не ассоциируются со значительным риском местных нежелательных реакций. Возможные носовые кровотечения, как правило, прекращаются самостоятельно и возникают несколько чаще, чем при применении плацебо [48, 49].

Системные нежелательные реакции могут возникнуть при назначении ИнГК в высоких дозах и при длительном применении. Системные нежелательные реакции при применении ИнГК менее вероятны, чем при приеме оральных глюкокортикостероидов (ГК), и могут отличаться как у различных пациентов, так и при использовании различных ГК. Потенциальные системные нежелательные реакции могут включать в себя синдром Кушинга, симптомы кушингоида, подавление функции надпочечников, катаракту, глаукому и, реже, психиатрические или поведенческие расстройства [48, 49].

Таким образом, частота системных и местных нежелательных реакций при применении ИнГК минимальна. Поскольку в большинстве исследований засвидетельствовано отсутствие значимого эффекта на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, то можно считать, что безопасность ИнГК превосходит риск, связанный с их применением, что позволяет их использовать согласно рекомендациям при лечении ОРС у коморбидных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коморбидный пациент отнесен в группу риска развития осложненного течения острых респираторных инфекций (ОРИ).

Диагностика и лечение у коморбидных пациентов могут быть затруднены в связи со стертым течением заболевания, наличием двух и более одновременно протекающих заболеваний, приемом большого числа лекарственных средств, взаимодействующих между собой и повышающих риск развития нежелательных реакций, низкой мотивированностью и комплаентностью к лечению.

ОРС – является одним из самых распространенных заболеваний верхних дыхательных путей при ОРИ. У коморбидного пациента ОРС характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, которое усугубляется наличием той или иной сопутствующей патологии. ОРС может протекать сложнее и требовать более тщательного подхода к лечению из-за взаимодействия с коморбидными заболеваниями.

Вяние времени требует современных индивидуальных подходов к лечению ОРС у коморбидного пациента с учетом этиологии, патогенеза и симптомов заболевания, а также наличия той или иной коморбидной патологии с целью лечения и профилактики осложнений, связанных как с основным заболеванием, так и коморбидной патологией.

Применение унифицированных стандартов лечения требует персонифицированного подхода ввиду имеющейся у коморбидного пациента полипрагмазии, взаимодействия применяемых препаратов и риска развития нежелательных реакций. Предпочтение имеют лекарственные средства этиопатогенетически обоснованные, клинически эффективные и безопасные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орлова, Н. В. Коморбидный пациент с острыми респираторными вирусными инфекциями: особенности терапии и профилактики / Н.В. Орлова, Д.Д. Каминер // Медицинский алфавит. Серия «Современная поликлиника». – 2019. – Т. 1. – 9 (384). – С. 8–12.
2. WHO. Deafnessandgearingloss. Factsheetupdated [Electronicresource]. – 2017. Availableat: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en>
3. Коморбидная патология в клинической практике / Алгоритмы диагностики и лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(1):5–66 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>
4. Ситников, И.Г. Опыт лечения гриппа и ОРВИ у больных сахарным диабетом. / Ситников, В.Х. Фазылов, Е.В. Силина // Терапевтический архив. 2019; 91 (10): 39–47. DOI: 10.26442/00403660.2019.10.000333

5. Руженцова Т.А. Стратегия рациональной терапии острых респираторных инфекций у пациентов с коморбидной соматической патологией / Т.А. Руженцова [и др.] // Безопасность и риск фармакотерапии. – 2020;8(2):77–83. <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-2-77-83>
6. Berry, M. Identification of new respiratory viruses in the new millennium / M. Berry, J. Gamiieldien, B.C. Fielding // Viruses. – 2015.– Vol.7, T.3.– P. 996–1019.
7. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS). Rhinology, 2020. Feb 20;58(Suppl S29):1-464. doi: 10.4193/Rhin20.600.
8. Bayonne E. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management / E. Bayonne, R. Carina, P. Tran // Rhinology, 2009, 47: 59–65.
9. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults/ A.W. Chow, M.S. Benninger, I. Brook [et al.] // Clin. Inf. Diseases, 2012: 1-41.
10. The intracranial complications of rhinosinusitis: can they be prevented / N.S. Jonesi [et al] // Laryngoscope, 2002, 112: 59-63.
11. Younis, R.T. Intracranial complications of sinusitis: a 15-year review of 39 cases / R.T. Younis, R.N. Lazar, V.K. Anand // EarNoseThroatJ, 2002, 81: 636-44.
12. Fokkens, W.J. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 / W.J. Fokkens [et al.] // Rhinology. 2020; 58 (Suppl. 29): 1–464.
13. Babar-Craig H. British Rhinological Society audit of the role of antibiotics in complications of acute rhinosinusitis: a national prospective audit / H. Babar-Craig, Y. Gupta, V.J. Lund // Rhinology. 2010; 48: 344–347.
14. Treatment of intracranial abscesses associated with sinusitis in children and adolescents/D.L.Johnson [et al.] // J Pediatr, 1988, 113(1): 15-23.
15. Клинический протокол «Диагностика и лечение острых риносинуситов (взрослое население)» от 19.12.24 № 175 Постановление МЗ РБ
16. Селезнева, Л.В. Применение растительных муколитиков в комплексной терапии острого и хронического риносинусита / Л.В, Селезнева, К.Г. Вартамян // Медицинский совет. 2023;17(7):176–181. <https://doi.org/10.21518/ms2023-032>.
17. Клинический протокол диагностики и лечения взрослого населения с инфекционными и паразитарными заболеваниями 13.12.2018 № 94.
18. Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 (Приказ МЗ РБ 11.01.2022 № 20).
19. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации /

под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак // М.: Издательство «Пре 100 Принт», 2016 – 144 с.

20. Озелтамивир. Инструкция по применению.
21. Antiviral therapy for respiratory viral infections in immunocompromised patients / Lokesh Shahani[et al.] // *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2017
22. Effect of nitazoxanide in adults and adolescents with acute uncomplicated influenza: a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 2b/3 trial / J. Haffizulla [et al.]// *Lancet Infect Dis.* 2014
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010) Update: influenza activity – United States, 2009-10 season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*
24. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza – recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) / A.E. Fiore// *MMWR Recomm Rep.*– 2011.
25. Варфарин. Инструкция по применению.
26. Левофлоксацин. Инструкция по применению.
27. Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых. Клинические рекомендации / Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов», 2014. – С. 27–37.
28. Парацетамол. Инструкция по применению.
29. Оториноларингология: уч. пособие / П. А. Тимошенко и др.; под ред. П. А. Тимошенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2014. – 432 с. С. 47 –49.
30. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 960 с. С. 257–267, 400–407, 673–682.
31. Старостина, С.В. Применение назальных деконгестантов в комплексном лечении пациентов с острым риносинуситом / С.В. Старостина, Л.В. Селезнева // *Consilium Medicum.* 2019; 21 (11): 38–41. DOI: 10.26442/20751753.2019.11.190627
32. Острый риносинусит. Клинические рекомендации Российского общества ринологов. Под ред. А.С. Лопатина, В.В. Шиленковой, М., Пересмотр 2024 года.
33. Оксиметазолин. Инструкция по применению.
34. Гаращенко, М.В. Элиминационная терапия в профилактических программах сезонной профилактики гриппа и ОРВИ / М.В. Гаращенко, Т.И. Гаращенко, Л.И. Ильенко // *Рус.мед.журн.* – 2005.– Т. 13.(1).– С.52–56.
35. Лопатин, А.С. Ирригационная терапия в ринологии: в поисках оптимального метода / А.С. Лопатин [и др.] // *Российская ринология.* 2018;26(1):46-53.
36. Клинические рекомендации – Острый синусит – 2021-2022-2023 (01.09.2021) – Утверждены Минздравом РФ.

37. Крюков, А.И. Место муколитиков в лечении острого синусита / А.И. Крюков [и др.] // Медицинский совет. 2019;(20):52-56. doi: 10.21518/2079-701X-2019-20-52-56.
38. АЦЦ. Инструкция по применению.
39. Шахова Е.Г. Сравнительное исследование эффективности комбинированных назальных топических препаратов и топических деконгестантов в лечении острых риносинуситов / Е.Г. Шахова // Вестник оториноларингологии, 2020; 85 (4); 46-50.
40. Карева, Е.Н. Выбор антигистаминного препарата: взгляд фармаколога / Е.Н. Карева // РМЖ. – 2016. – №12. – С.811–816.
41. Татаурщикова, Н.С. Рациональное применение антигистаминных препаратов в клинической практике / Н.С. Татаурщикова, Р.И. Сепиашвили // Москва, «МЕДпресс-информ», 2013, 36 с.
42. Фенкарол. Инструкция по применению.
43. Вдовиченко, В.П. Фармакология и фармакотерапия / В.П. Вдовиченко // Минск: Донарит, 2014. – 80 с.
44. Tilgada E. Histamine pharmacology: from Sir Henry Dale to the 21st century / E. Tilgada, M. Tnnis //British Journal of Pharmacology. 2020; 177:469–489.
45. Лусс, Л.В. Выбор антигистаминных препаратов в лечении аллергических и псевдоаллергических заболеваний / Л.В. Лусс // Российский аллергологический журнал. – 2009. –№ 1. – С. 78–84.
46. Muether, P.S. Variant effect of first- and second-generation antihistamines as clues to their mechanism of action on the sneeze reflex in the common cold / P.S. Muether, J.M.Jr. Gwaltney // Clin. Infect. Dis. –2001.–Vol. 33. – № 9. –Р. 1483–1488.
47. Белан, Э.Б. Антигистаминные производные хинуклидинов / Э.Б. Белан, М.В. Гутов // Клиническая дерматология и венерология.–2010;8(5):76–83.
48. Назонекс: инструкция по применению.
49. Старостина, С.В. Использование интраназальных кортикостероидов у пациентов с аллергическим ринитом / С.В. Старостина, А.В. Толданов // ConsiliumMedicum. 2021;23(12):950–955. DOI: 10.26442/20751753.2021.12.201301